

تجربه بیماران از نماز در بیمارستان

دکتر منصوره کریم اللهی¹ - دکتر حیدر علی عابدی²

چکیده

مقدمه: نماز یک عملکرد معنوی است که باعث ارتباط با موجود متعالی می‌شود و یک عمل ساده برای برگرداندن ذهن و قلب بسوی مقدسات است. نماز یک عملکرد اساسی در بیشتر ادیان عمده جهان از جمله اسلام، مسیحیت، یهودیت، بودیسم و غیره است. متون زیادی در رابطه با دین، معنویت و شفا وجود دارد. گرچه ارتباط بین نماز و سلامتی بسیار بیان شده است محققین هنوز بسیار باید یاد بگیرند. ما هنوز درباره نماز و مشکلاتی که بیماران در اقامه آن مواجه‌اند چیزی نمی‌دانیم. این مطالعه به منظور تبیین تجارب بیماران از نماز در بیمارستان انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر با روش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده است. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس با انتخاب تعداد 33 بیمار بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد و روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه پیاده گردید. برای کاهش داده‌ها، نام‌گذاری داده‌ها و به دست آوردن کدهای تحلیلی و در نهایت تشخیص موضوعات از روش تحلیل محتوا استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها به دسته‌بندی‌های زیر ختم گردید: موانع اقامه نماز، امکانات لازم برای اقامه نماز، تطبیق، نتیجه اقامه نماز در بیمارستان و عوامل تسهیل کننده نماز.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که بیماران در اقامه نماز، این نیاز اساسی روحی و معنوی خود در بیمارستان با مشکلات عدیده‌ای روبرو هستند و متأسفانه هیچ گونه کمکی در این مورد انجام نمی‌گیرد. در پایان با توجه به نتایج مطالعه پیشنهادهایی برای بهبود کیفیت و کمیت اقامه نماز در بیمارستان ارائه گردید.

واژه‌های کلیدی: نماز، عبادت، بیمار، بستری، بیمارستان

تاریخ دریافت: 1387/10/14 تاریخ پذیرش: 1388/4/28

1 - استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (نویسنده مسؤول)، پست الکترونیکی: karimollahi@gmail.com

2 - دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان

مقدمه

نماز یک عملکرد معنوی است که باعث ارتباط با موجود متعالی می‌شود (1) و یک عمل ساده برای برگرداندن ذهن و قلب به سوی مقدسات است (2). نماز یک عملکرد اساسی در بیشتر ادیان عمده جهان از جمله اسلام، مسیحیت، یهودیت، بودیسم و غیره است (3) و مشاهده شده است که در کمک به بهبود نقش دارد (4). متون زیادی در رابطه با دین، معنویت و شفا وجود دارد. نماز در سلامتی بسیار فراگیر شده (5) و به وسیله پزشکان روان‌پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان و به وسیله کاردرمان‌ها بررسی گردیده است (2، 8-9، 10). پوچالسکی¹ و رومر² (2000): به ما می‌گویند که بیماران از طریق باورهای معنوی سازگاری با و درک رنجشان را یاد می‌گیرند که می‌تواند به آگاهی از هدف بزرگ رنج و رفع ناراحتی از طریق اتصال به منبع بزرگ‌تری از قدرت کمک کرده و منجر به قدرت معنوی و امید شود (11). روزنفلد³ (2000) دریافت که نماز می‌تواند احساس کنترل را تقویت ساخته و قدرت درونی فرد را به تحرک آورد (12). ادیب (1379) به نقل از کارل نیاز انسان به نیایش و ارتباط با خدا را همانند نیاز او به اکسیژن قلمداد می‌کند و آن را یک عمل طبیعی روانی-بدنی دانسته و برای رشد نهایی انسان ضروری اعلام می‌کند (13). تحقیقات به طور روزافزون ارتباط مثبت بین نیایش شاخص‌های مختلف سلامتی روانی را نشان می‌دهند (14 و 15). به علاوه تعداد قابل توجهی از مطالعات نیایش را به عنوان بیشترین و ارجح‌ترین روش سازگاری در بیماران، مراقبت‌کنندگان خانواده و سالمندان بیان می‌کنند (14، 16 و 17). برای مثال تحقیق سودی⁴ و همکاران نشان داد که 96 نفر از 100 نفر بیمار روز قبل از جراحی قلبی از نیایش برای سازگاری استفاده کردند و 70 نفر از 100 نفر در ابزار لیکرت که مفید بودن نیایش را بررسی می‌کرد بالاترین نمره ممکن را به آن دادند (16) و نیز مطالعه درباره استفاده از طب مکمل در بین بیماران آمریکایی نیایش را به عنوان بیشترین روش مورد استفاده قلمداد کرد (18 و 19). در این مطالعات بیشترین انگیزه

برای نیایش تمایل عمیق به احساس راحتی بود که در نتیجه آن ایجاد می‌شود (20 و 21). کونیگ⁵ و همکاران (2001) تحقیقات مربوط به این مهم را بررسی کرده و دریافتند که در بسیاری از مطالعات مقطعی و کوهورت آینده‌نگر باورهای دینی و عملکردهای دینی با سلامتی بهتر همراه است و سلامتی بهتر را در طی زمان پیش‌بینی می‌کند (22). لوین، لارسون و پوچالسکی⁶ (1997) نیز نتیجه‌گیری کردند که مشارکت دینی یک عامل حفاظت‌کننده اپیدمیولوژیکی است (23). مک کلاف⁷ (1995) در مرور متون پزشکی برای تعیین اثرات نماز بر سلامتی بیان کرد که این اثرات از طریق مسیرهای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و معنوی تسهیل می‌شود. او دریافت که نماز آرام‌سازی را تسهیل کرده و به خلق بهتر، سلامتی ذهنی و احساس آرامش منجر می‌شود (24). همچنین او دریافت که نماز منجر به راحتی، خوشحالی و انگیزه می‌شود که خلق را بالا برده و انگیزش و احساس هدفمندی را افزایش می‌دهد. با وجود این که تحقیقات زیاد در مورد معنویت/دین و سلامتی از نوع همبستگی بوده و ارتباط علت و معلول مستقیم قابل اثبات نیست (25)، اما شواهد یک ارتباط قوی بین مشارکت دینی و سلامتی خوب (26) و بین آگاهی از تعهد معنوی و سلامتی خوب را نشان می‌دهد (27).

بنابراین فواید جسمی، عاطفی و معنوی که با نماز همراه است برای اجازه به محققین برای ادغام نماز در عملکرد سلامتی کافی است. بسیاری از کارکنان سلامتی نیز پذیرفته‌اند که دوگانگی دکارتی ذهن و جسم گمراه‌کننده است. به طور روزافزون تشخیص داده می‌شود که خواستن برای زندگی، احساس از خود و دیگر جوانب باور و ایمان نقش عمده در تعیین برآیند سلامتی دارد. این موارد اثر مستقیم و غیر مستقیم روی اداره سیستم ارایه خدمات سلامتی دارد. به نظر می‌رسد نقش ایمان در مراقبت سلامتی پذیرفته شده است چون ارتباط بین سیستم‌های باور یا معنویت و سلامتی تشخیص داده شده است. از طرف دیگر، مطالعه‌ای در سال 1990 دریافت که 82٪ بیماران بیان کردند که آن‌ها برای سلامتی خود نیایش می‌کنند (28). یک مطالعه از 186 فرد که به

1 - Puchalski

2 - Romer

3 - Rosenfeld

4 - Saudia

5 - Koenig

6 - Levin, Larson, Puchalski

7 - McCullough

کلیسا می‌رفتند دریافت که 72٪ برای شفای خود و 87٪ برای شفای دیگران دعا می‌کردند (29). اما از آنجا که حیات جسمانی و روحانی انسان گاهی دچار تغییر و دگرگونی می‌شود ممکن است چند صبحی در بستر بیماری قرار گیرد. در این صورت او احساس نیاز بیشتری برای ارتباط با خدا می‌کند. ولی نباید این چنین شرایط دشوار انسان را از تکلیفی همچون نماز خواندن و حرف زدن با خدا باز دارد بلکه این وضعیت باید زمینه انس بیشتر بیمار را با خدا فراهم سازد (30). به این ترتیب این سؤال مطرح می‌شود که آیا بیماران می‌توانند در هنگام بستری در بیمارستان به این نیاز روحی و دینی خود جامه عمل بپوشانند. هر چند که مطالعات زیادی در مرور بر متون در مورد عبادت یافت شد ولی با وجود اهمیت بسیار بالای نماز در دین مبین اسلام و وجود حکومت اسلامی در کشور ایران مطالعه‌ای که به این مهم پرداخته باشد یافت نشد. فقط تحقیق عابدی و همکاران (1384) موانع انجام مراقبت مذهبی را در بیماران بستری در بیمارستان بررسی کرده بود (31). بنابراین هدف این مطالعه بررسی این جوانب از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌هاست.

در 2007 رابرتس، احمد و هال¹ یک مرور سیستماتیک در کوکران² در مورد اثرات نماز به عنوان مداخله مکمل منتشر کردند. نتایج به دست آمده تا حدی جالب بود که علاقه به مطالعه بیشتر را ایجاد می‌کرد (32). اما کوهن³ و همکاران (2000) اظهار دادند که نماز عملکردی نیست که قابل اندازه‌گیری، استاندارد شدن و تصادفی کردن باشد و بنابراین تحقیق علمی برای نشان دادن ارتباط بین نماز و سلامتی مثبت ممکن است جوابگو نباشد (33). دوسی⁴ (1996) نیز به ما یادآوری می‌کند که علم نمی‌تواند غیرقابل اندازه‌گیری را اندازه بگیرد (14). نماز به عنوان یک جنبه معنویت یک منبع درونی با ارزش است که می‌تواند روی درک از بیماری تأثیر بگذارد. پرستاران باید از فواید معنوی در دسترس برای بیماران از طریق نماز آگاه باشند.

با وجود این که نماز در تحقیقات علوم پزشکی در ایران نادیده گرفته شده است. اما محققینی هستند که این

موضوع مورد علاقه آنان است. اما بیشتر مطالعات به نماز به عنوان یک استراتژی سازگاری پرداخته است و به چالش‌هایی که بیماران در بیمارستان با آن دست به گریبان هستند نمی‌پردازد و به بررسی انگیزش، زمینه اجتماعی یا معنای این رفتار در بیماران بی‌میل است که همه این موارد با تحقیق کیفی به دست می‌آید. اخیراً انقلاب روش شناختی در علوم رفتاری ایجاد شده است. به جای تکیه صرف بر روش‌های آماری که نیاز به سطح خاصی از اعتماد بر اطمینان دارد دانشمندان بر روش‌های کیفی به خصوص در مرحله اکتشافی کارشان توجه کرده‌اند که در مردم شناسی و جامعه شناسی استفاده می‌شود. اگر ما بپذیریم که تحقیق علمی هرگز به نتیجه‌ای در مورد مؤثر بودن نماز نخواهد رسید نتیجه می‌گیریم که برای بررسی نماز تحقیق کیفی لازم است.

روش مطالعه

این مطالعه تحقیقی کیفی است که از روش تحلیل محتوا⁵ برای بررسی پاسخ بیماران به نیاز به نماز در بیمارستان انجام گرفته است. هدف این مطالعه توصیف تجربیات بیماران از نماز در بیمارستان بود. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس در این مطالعه انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، بیماران بستری در بیمارستان بود که بالای 19 سال سن داشته و قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات محقق بودند و به طور داوطلبانه در تحقیق حاضر شرکت نمودند. محقق خود به محیط پژوهش مراجعه کرده و از افرادی که مشخصات نمونه را داشته و تمایل به مشارکت در تحقیق داشتند با توضیح هدف مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفت، سپس زمان و مکان مصاحبه با توافق مشارکت‌کننده تعیین شده و مصاحبه انجام گردید. مشارکت‌کنندگان بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بودند که هیچ‌گونه محدودیت خاصی از لحاظ تشخیص بیماری یا موارد دیگر لحاظ نشده است. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. مصاحبه یک روش بسیار عالی برای این منظور است. مصاحبه‌ها توسط محقق در بخش و بر بالین بیماران انجام شد و پاسخ‌های بیماران به سؤالات با کسب اجازه آن‌ها ضبط گردید. مصاحبه‌های ضبط شده

1 - Roberts, Ahmed, Hall

2 - Cochrane

3 - Cohen

4 - Dossey

5 - Content analysis

کلمه به کلمه پیاده گردید. روند جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. در روش تحقیق کیفی محقق آن‌قدر به نمونه‌گیری ادامه می‌دهد که دیگر کد جدیدی به دست نیاید در این حالت اشباع ایجاد شده و نمونه‌گیری خاتمه می‌یابد (34). در این مطالعه تا رسیدن به اشباع داده‌ها با 33 بیمار مصاحبه به عمل آمد. ابتدا متن مصاحبه خط به خط مرور شد تا داده‌ها به تکه‌های معنادار کوچک‌تری شکسته شوند. در این مرحله جملات اصلی آن استخراج و به صورت کدهایی از زبان مشارکت‌کنندگان و یا کدهای دلالت‌انگیزی که محقق بر اساس داده‌ها می‌سازد ثبت گردید.

مشکل احتمالی در تحقیق کیفی ختم زود هنگام و در نتیجه شناخت ناکامل از موقعیت است. با توجه به این که ورود به محیط تحقیق در مطالعه حاضر تیرماه 1385 بود و تا تیر ماه 1386 ادامه یافت محقق بر این باور است که حضور کافی در عرصه پژوهش داشته است.

در تحقیق حاضر از تلفیق داده‌ها استفاده شد. مصاحبه با شرکت‌کنندگان مختلف گویای تلفیق داده‌هاست. جمع‌آوری داده‌ها در نوبت کاری‌های مختلف (تلفیق زمانی) و گردآوری داده‌ها در بخش‌های مختلف (مکانی) نیز بر دقت مطالعه افزود.

برای اطمینان از این که داده‌ها بیانگر تجارب شرکت‌کنندگان است از بازنگری مصاحبه‌های نوشته شده توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در تحقیق کیفی محقق ابزار جمع‌آوری داده‌هاست. این امر به محقق امکان می‌دهد تا به طرق مختلف قادر به کسب داده‌های غنی از تجارب شرکت‌کنندگان باشد. اما از طرف دیگر به دلیل ممزوج شدن تجارب محقق با تجارب شرکت‌کنندگان فرآیند جمع‌آوری داده‌ها مشکل می‌شود. بنابراین گشودگی محقق نکته مهمی در اعتبار داده‌ها به شمار می‌آید. در این تحقیق ابتدا محقق تفکرات خود در مورد پاسخ‌هایی که انتظار شنیدن آن‌ها از مشارکت‌کنندگان را داشت روی کاغذی ثبت کرد و در طی تحقیق سعی نمود از تأکید بر این موارد اجتناب ورزد^۱.

در این پژوهش سعی شد تا روش‌های تحقیق به کار رفته به دقت و تفصیل بیان شود به گونه‌ای که خوانندگان قادر به پیگیری فرآیند تحقیق حاضر باشند. به

علاوه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در این مطالعه استفاده شد و شرکت‌کنندگان نیز طیف وسیعی از بیماران با ویژگی‌های متفاوت را در بر گرفتند.

از لحاظ قابلیت اعتماد گوبا^۲ (1981) اعتقاد دارد که وقتی معیار معتبر بودن برای یک پژوهش تأیید شود بدین معنی است که قابلیت اعتماد نیز تأیید شده است (35). همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد محقق با انجام اقداماتی نظیر بازبینی توسط اعضا و تحلیل همکاران قابلیت اعتماد پژوهش را تأمین کرد. از لحاظ قابلیت انتقال لینکلن و گوبا بیان می‌کنند که پژوهشگر کیفی نمی‌تواند انتقال پژوهش را مشخص کند و وظیفه او تنها مهیا نمودن توضیحات مبسوط از یافته‌هاست تا کسانی که علاقمند به کارگیری این یافته‌ها در زمینه هستند بتوانند بر اساس این توضیحات ارزیابی قابل اعتمادی در این زمینه انجام دهند. در این پژوهش سعی شده است با توصیف‌های مبسوط زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم شود. برای اثبات تأییدپذیری محقق با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک نمود. علاقمندی پژوهشگر به پدیده تحت مطالعه، تماس درازمدت وی با این پدیده و همچنین تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه از دیگر عوامل تضمین‌کننده قابلیت تأیید بود.

در این پژوهش از طریق کسب رضایت آگاهانه، محرمانه نگه داشتن اطلاعات، داشتن حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمانی که شرکت‌کننده بخواهد سعی در رعایت اخلاقیات پژوهش گردید، همچنین تحقیق حاضر از طریق کسب معرفی‌نامه‌ها و کسب اجازه بر انجام تحقیق از طریق دانشکده و محیط پژوهش انجام گردید تا اصول اخلاقی رعایت شود. به طور اجمال محقق با انجام امور ذیل سعی نمود اصول اخلاقی را رعایت نماید: - کسب معرفی‌نامه و ارایه آن به مسؤولین مربوطه و شرکت‌کنندگان - کسب رضایت آگاهانه به صورت یک فرایند در طول تحقیق از شرکت‌کنندگان - این موضوع که هر شرکت‌کننده حق دارد از تحقیق در مراحل مختلف کناره‌گیری کند از ابتدا به اطلاع آنان رسانده شد. - به تمامی مصاحبه‌شونده‌ها اطمینان داده شد که مصاحبه‌ها

فقط توسط محقق روی کاغذ پیاده شده و هیچ گونه اطلاعات هویتی که موجب شناسایی آن‌ها شود آورده نمی‌شود. بدین لحاظ و به جهت رعایت کامل ضروریات اخلاقی تحقیق برای هر مصاحبه شونده کدهایی داده شد. ضمناً مصاحبه‌های ضبط تماماً توسط محقق پیاده شد و با نام‌های استعاره‌ای ذخیره گردید.

تحلیل داده‌ها: مصاحبه‌ها با روش تحلیل محتوای گرنهیم و لاندمن¹ آنالیز شدند (36). گام‌های مورد استفاده در تحلیل به صورت زیر بود:

- در ابتدا هر مصاحبه برای کسب درک اولیه به دقت خوانده شد.

- زیر بیانات مهم که مربوط به نماز بود خط کشیده شد. برای استخراج جوهر ایده‌های موجود در جملات و پاراگراف‌ها کدگذاری انجام شد. نام کدها در حاشیه نوشته‌ها اضافه شد.

- کدهای اولیه به کدهای بزرگ‌تر و بعد در موضوعات دسته‌بندی شده سپس نتایج استخراج گردید. در طی مراحل مختلف کدگذاری تعداد کدهای اولیه به 500 کد رسید که در 150 کد خلاصه گردید و در نهایت 6 مضمون اصلی به دست آمد.

- با ارجاع این مضامین به مشارکت‌کنندگان اعتبار آن‌ها تأیید گردید.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر شامل 33 نفر بیمار بستری در بیمارستان‌ها بودند که در بیمارستان‌های بوعلی و امام خمینی و دکتر فاطمی اردبیل بستری بودند. سن شرکت‌کنندگان 22 تا 62 سال بود. تعداد 15 نفر مرد و 18 نفر زن بودند و تعداد 10 نفر دارای تحصیلات ابتدایی، 14 نفر تحصیلات متوسطه و 9 نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند.

هدف مطالعه کشف تجارب بیماران از نماز بیمارستان بود که کمتر مورد توجه محققین گرفته بود. یافته‌های به دست آمده در تشخیص 6 مضمون به ما کمک کرد که در جدول شماره 1 ارائه گردیده است.

موانع اقامه نماز: یکی از دسته‌های اصلی که در تحلیل یافته‌ها به دست آمد موانع اقامه نماز در بیمارستان

بود. بیماران برای بجا آوردن این فریضه موانع متعددی را تجربه می‌کنند که اثر تنش‌زایی بالایی داشته و در صورت عدم رفع آن علاوه بر این که مانع عبادت بیمار می‌شود اثرات روحی نامطلوبی هم ممکن است ایجاد کند. از موانع عمده‌ای که بیماران در مصاحبه‌ها به آن اشاره می‌کردند عدم طهارت بود. عوامل ایجادکننده عدم طهارت شامل آلودگی لباس‌ها و بدن به ادرار و مدفوع، خونی بودن لباس و بدن و پانسمان‌ها شامل چسب کاتتر وریدی، آلودگی تخت و میز به خون و ترشحات دیگر می‌باشد. چنانکه بیماری در این خصوص بیان کرد: «این (برانول) که روی دسته نمی‌تونم تیمم کنم، چسبش هم که خونی و وضو هم نمی‌تونم بگیرم، بمن بگید چکار کنم؟» (بیمار 12).

مانع عمده دیگر برای اقامه نماز توسط بیماران، آرمان‌گرایی خود بیماران می‌باشد. یکی از بیماران چنین گفت: «برای نماز باید حضور قلب داشته باشی، اینجا نمی‌شه، اینهمه سر و صدا، رفت و آمد، نجاست محیط. من ترجیح می‌دم برم خونه قضاشو بخونم» (بیمار 17).

امکانات لازم برای عبادت: بیماران برای انجام عبادت نیازمندی‌هایی را ذکر می‌کردند که فراتر از یک مهر بود. یکی از شرکت‌کنندگان در این زمینه اظهار داشت: «نمازخونه اینجارو دیدین؟ فقط برای یک نفر جا داره، اگه نفر دومی بیاد نمی‌تونه نماز بخونه. آخه نمازخونه بیمارستان در یک کشور اسلامی اینطوری می‌شه؟» (بیمار 19).

یکی دیگر از بیماران گفت: «نماز یک مسأله شخصیه، به کسی کاری نداره، اگه یه مهر بدن و یه زیر انداز تمیز باشه می‌تونم نمازمو بخونم» (بیمار 7). یا بیماری عنوان کرد: «خانم من سه روزه اینجام، اصلاً نماز نخوندم، دارم دیونه می‌شم، بهشون بگید یه شلوار تمیز بهم بدن» (بیمار 4).

تطبیق: تطبیق روش سازگاری بیماران با محدودیت‌های ناشی از بستری شدن در بیمارستان است که از این طریق می‌توانند نماز خود را در بیمارستان اقامه کنند. رویه‌های مورد استفاده برای تطبیق همان‌طور که در جدول مشهود است شامل موارد زیر است: تیمم، وضوی جیره، نماز خواندن به صورت نشسته یا خوابیده، قرض نگهداشتن نماز و صحبت صمیمانه با خدا بجای نماز.

بیماران تطبیق را با استفاده از احکامی که خود بلد بودند یا از کارشناسان مذهبی اخذ کرده بودند و یا بر

اساس استنباط خودشان انجام می‌دادند. البته این تطبیق هر منشایی داشته باشد چون نقش کاهش دهندگی تنش را دارد برای سلامتی روحی و جسمی بیماران اثرات مثبت دارد.

یکی از بیماران گفت: «موقعی که حال ندارم نماز بخونم با خدا صحبت می‌کنم، بهش می‌گم خدایا خوبی، امروز چکار کردی، اذیت که نشدی، اینجوری احساس بهتری پیدا می‌کنم، احساس می‌کنم با خدا صمیمی شدم» (بیمار 21).

بیمار دیگری گفت: «دفعه قبل که بستری شده بودم خیلی اذیت می‌شدم که نمی‌تونستم نماز بخونم ولی این دفعه از روحانی محله مون پرسیدم گفت می‌تونی نمازاتو قرض نگهداری تا وقتی که بتونی بخونی، حالا دیگه راحت» (بیمار 19).

پیش نیاز اقامه نماز در بیمارستان: بیماران اعتقاد داشتند برای این که نماز در بیمارستان اقامه شود نیازمند ایجاد شرایطی است که باید در سطح مؤسسه مورد توجه قرار گیرد.

بیماری گفت: «خیلی از مریضا اینجا که میان فکر می‌کنن چون نجس می‌شن نباید نماز بخونن و همه رو نگه می‌دارن که تو خونه بخونن. از کجا معلوم که من خوب بشم برم خونه، هیچ اطمینانی نیست. اینجا نماز مثل نماز مسافره، اگه آب نبود تیمم بکنه، اگه قبله رو نشناخت

یه سمتی رو نیت کنه و نمازشو بخونه، اینارو باید یه کسی بهشون بگه» (بیمار 17).

عوامل تسهیل کننده نماز: اما بعضی شرایط در بیمارستان وجود دارد که اقامه نماز برای بیماران را تسهیل می‌نماید.

بیماری می‌گفت: «ناراحتی، نمی‌تونم، پام ناراحتی، به فکرم رسید همین‌طوری که خوابیدم حداقل با تیمم نماز بخونم دیدم نمی‌شه» (بیمار 1).

بیمار دیگری بیان کرد: «از وقتی که مریض شدم بیشتر نماز می‌خونم و نمازمو با طمانینه بیشتری بجا می‌ارم، سعی می‌کنم با خدا ارتباط بیشتری داشته باشم» (بیمار 18).

عوااید اقامه نماز در بیمارستان: تقریباً تمامی بیماران نتایجی را از اقامه نماز بیان می‌کردند که معمولاً به قصد آن نماز می‌خواندند.

بیماری اعتقاد داشت: «وقتی نماز می‌خونم احساس می‌کنم که تخلیه می‌شم، خب با آفریننده حرف می‌زنم، کسی که همه چیز دست اونه، مریضی رو هم اون آفریده.» (بیمار 23).

یا بیماری گفت: «بدون نماز نمی‌تونم دوام بیارم انگار که چیزی رو گم کردم. حتماً باید نمازمو بخونم. حتماً هم سر وقت. اگه نخونم انگار باری رو دوشمه» (بیمار 12).

| مضامین اصلی | زیر مضمون‌ها |
|--------------------------------|---|
| موانع اقامه نماز | عدم طهارت، خلوت ناکافی، نبود یا کمبود امکانات، ترس، ضعف جسمانی، آرمان‌گرایی |
| امکانات لازم برای اقامه نماز | نمازخانه، زیرانداز تمیز، لباس تمیز، مهر، قرآن و مفاتیح الجنان با خط درشت، رادیو و هدفون برای شنیدن صدای اذان، اطلاعاتی مانند جهت قبله و اوقات شرعی، کارشناس مذهبی برای پرسیدن احکام |
| تطبیق | تیمم، وضوی جبیره، نماز خواندن بصورت نشسته یا خوابیده، قرض نگهداشتن نماز، صحبت صمیمانه با خدا بجای نماز |
| پیش نیاز اقامه نماز | طهارت، خلوت، محیط پاک و آگاهی |
| عوامل تسهیل کننده نماز | ابتلا به بیماری، اعتقادات قوی، آرامش و توانایی جسمی |
| عوااید اقامه نماز در بیمارستان | تقویت روحیه، احساس آرامش، احساس راحتی، رهایی از احساس گناه، احساس نزدیکی به خدا |

بحث

نتایج نشان داد که بیماران در اقامه نماز، این نیاز اساسی روحی و معنوی خود در بیمارستان با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو هستند و متأسفانه هیچ‌گونه کمکی در این مورد انجام نمی‌گیرد و بسیاری از کارکنان حرفه‌ای دارای این پیش فرض هستند که بیماران خود تمایلی به

این کار ندارند و بدون بررسی بیمار نتیجه‌گیری می‌کنند، در حالی که بیماران از این مسأله در عذابند. با توجه به اینکه در فرهنگ اسلامی نماز جایگاه والایی داشته و بدون آن دین فرد تکمیل نیست و به خصوص در بحبوحه بستری شدن که بیمار هم نیاز زیادی به نماز به عنوان منبع آرامش دارد و هم با توجه به این که احتمال مرگ خود را می‌دهد بیشتر به انجام وظایف شرعی تقید دارد،

عدم رسیدگی به این نیاز می‌تواند عوارض روحی شدید و جبران‌ناپذیری بر آن‌ها بگذارد. هالیگان¹ (2006) در تحقیق خود با عنوان تجارب مراقبت از بیماران مسلمان به این نکته اشاره می‌کند که در مراقبت از بیماران مسلمان کارکنان باید در مورد دین اسلام اطلاعات کافی داشته و در مراقبت از بیمار خود وارد کنند (37) که مهم‌ترین مسأله همان نماز است. چیوفی² (2004) در مطالعه خود این مطلب را اظهار کرد که زنان مسلمان اهمیت زیادی به حجاب و نماز خود می‌دادند (38). عابدی و همکاران نیز می‌گویند: نگرش پرستاران به شخصی بودن جنبه مذهبی بیماران از موانع مراقبت مذهبی است که تأثیر عمده‌ای بر ارایه مراقبت مذهبی می‌گذارد. بسیاری از کارکنان پرستاری تصور دارند که مسأله مذهب یک مسأله خصوصی است که پشت درهای بسته قرار می‌گیرد و پرستار وظیفه دارد اعمال و خدمات پرستاری را بدون توجه به مذهب بیمار انجام دهد. به عبارت دیگر پرستار حق مداخله در امور مذهبی بیماران را ندارد (31). غافل از این که بدون توجه به این نیاز بیمار مراقبت جسمی هر چقدر هم کامل باشد راه به جایی نخواهد برد زیرا در این حالت بیمار همانند مخزنی است که با وجود این که مرتباً مواد به آن اضافه می‌شود چون از جای دیگری تخلیه می‌شود هرگز پر نخواهد شد. شواهدی هم که نشان می‌دهد (14-17) بسیاری از بیماران برای یافتن راحتی به نیایش می‌پردازند بر این مسأله تأکید دارد که مراقبت‌کنندگان باید این مسأله را در نظر داشته باشند و از نماز و نیایش بیمار در بخش حمایت کنند. تحقیقاتی که نیایش را به نتایج روانی مثبت ارتباط می‌دهد خاطر نشان می‌کند که پرستاران باید به این مهم توجه داشته باشند زیرا وظیفه پرستار کمک به مددجویان برای سازگاری، تطابق عاطفی و راحتی است که بیمار می‌تواند با نماز به این موارد دست یابد. کارکنان مراقبتی باید از نیازهای استفاده‌کنندگان از خدمات آگاه باشند. همچنین ممکن است لازم باشد که کارکنان سلامتی بر نیازها و عملکردهای خود تأمل داشته باشند. افراد برای انجام نماز نیاز به آمادگی دارند (وضو) و نیز ممکن است در جستجوی خلوت، پوشاک مناسب یا شنیدن اذان باشند. زمان نیز موضوع مهمی است. لازم

است سه بار در روز بیماران برای نماز گذاردن در محیط خلوت باشند و قبله نیز مشخص باشد. همچنین باید اشاره شود که نماز به هیچ عنوان نباید قطع شود حتی برای راندها و مراقبت پرستاری.

یکی از خصوصیات قابل توجه نماز این است که برخلاف عبادات فردی دین‌هایی چون مسیحیت، آیینی همگانی است که در هر مکانی و به وسیله هر مسلمانی (بیمار یا سالم) قابل انجام است. وظایف مربوط به رهبری آیینی (روحانی) که در برخی از ادیان به طبقه‌ای خاص منحصر شده است، در اسلام به وسیله هر فرد مسلمان قابل اجراست و این خصوصیات به تک تک مردم مسلمان این امکان را می‌بخشد تا جزیی از جمع مومنان و امت اسلامی به شمار آیند. از این رو در عصری به سان عصر ما که اشخاص غالباً در حال انجام مسافرت‌های طولانی (یا بیماری - نویسنده) هستند و در نتیجه انجام دادن برخی از احکام دینی مشکل به نظر می‌رسد، اسلام این مزیت نسبی را دارد که در هر جا شعایر آن قابل انجام است. برخلاف برخی از ادیان دیگر که گرچه شعایر یومیه آن‌ها نقش مهمی در حیات دینی مؤمنانش دارد ولی شرایط و مشکلات بیرونی انجام آن‌ها مؤمن به آن دین را به ستوه می‌آورد (39).

یافته دیگر این مطالعه عواید نماز بود. یافته‌ها نشان داد که بیشتر بیماران به دنبال راحتی و آرامش ناشی از نماز هستند. هنگام مواجهه با بحران، افراد اغلب به معنویت به عنوان وسیله سازگاری بر می‌گردند. کلید سازگاری عاطفی با بیماری جدی و ناتوانی اغلب در ماتریکس معنویت بیمار یافت می‌شود (40). یک مطالعه دریافت که 94٪ بیماران پذیرفته شده به بیمارستان‌ها باور دارند که سلامتی معنوی به همان اندازه سلامتی جسمی مهم است و 77٪ باور داشتند که پزشکان باید نیازهای معنوی بیماران خود را به عنوان قسمتی از مراقبت پزشکی در نظر داشته باشند (18). بر طبق مطالعه سودی و همکاران 96٪ بیماران برای تطابق با استرس جراحی قلب نیایش می‌کنند و 76٪ نیایش را به عنوان مفید در سازگاری گزارش کردند (16). برای بعضی بیماران ایمان همانند تکنیک‌های آرام‌سازی وسیله مؤثری برای کاهش استرس است که ناخوشی و بیماری را کاهش می‌دهد.

1 - Halligan

2 - Cioffi

بنسون¹ نیز بیان کرد که نماز پاسخ فیزیولوژیکی مانند کاهش تعداد ضربان قلب، کاهش فشار خون و کاهش دوره‌های آئزین در بیماران قلبی فراهم می‌کند (41). در مطالعه 157 بیمار بستری با سطح بالای درد نماز در مرحله دوم بعد از داروی ضد درد بود و به عنوان وسیله کنترل کننده درد توسط بیماران استفاده می‌شد (42). بیشتر بیماران در پاسخ به تشخیص بیماریشان از منابع دینی و معنوی استفاده می‌کنند (43). بیماران در می‌یابند که معنویت به ویژه نماز منابعی برای حمایت بحران جسمی و روان‌شناختی که به علت تشخیص بیماری ایجاد می‌شود فراهم می‌کند. آن‌ها از نماز برای سازگاری با نشانه‌های ناراحت‌کننده، رویه‌های تشخیصی ایجادکننده اضطراب و تجربه بیماری به طور کل استفاده می‌کنند. همچنین بیماران و خانواده استفاده از نیایش را به عنوان یک استراتژی اداره درد گزارش کرده‌اند (44).

آنچه که در این مطالعه جلب توجه می‌کند این است که علی‌رغم یافته‌های تحقیق عابدی و همکاران (31) هیچ کدام از بیماران اشاره‌ای به وظیفه کارکنان درمانی در این خصوص نکرده‌اند حتی یکی از بیماران بیان کرد که نماز یک مسأله شخصی است و ارتباطی به پرستار ندارد. این مسأله می‌تواند به دو دلیل باشد یکی این که واقعاً بیماران کارکنان حرفه‌ای را در این امر دخیل نمی‌دانند و به همین علت کمکی نمی‌خواهند، دیگر این که بیماران محافظه کاری کرده و از ترس این که مبدا از مراقبت جسمی محروم شوند این نیاز خود را به زبان نمی‌آورند. به هر حال با برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و پرستار احتمال برآورده شدن این نیاز بیشتر می‌شود.

پیشنهادات پژوهشی: این تحقیق در مورد بیماران به طور عموم انجام گرفت لازم است که تحقیقی بر روی بیماران خاص مانند دیالیزی یا سرطانی و غیره انجام گیرد. تشخیص بیماری دیسترس قابل توجهی برای بیماران ایجاد می‌کند. تهدید سلامتی می‌تواند باورهای پیشین فرد در مورد زندگی و سلامتی را به چالش کشاند.

با توجه به نتایج برای اقامه بهتر و بیشتر نماز در بیمارستان پیشنهاد زیر ارایه می‌گردد:

1 - با توجه به نتایج مثبت اقامه نماز برای بیماران شایسته است که پرستاران و دیگر کارکنان تیم درمانی با

بیماران در این مورد صحبت کرده و موانع نماز را برطرف نمایند.

2 - کارکنان سلامتی باید برای اطمینان از برنامه‌ریزی نماز در زمان بستری با بیماران مشورت کنند. کارکنان سلامتی باید تلاش کنند طوری خدمات بهداشتی و راندها را برنامه‌ریزی کنند که با زمان نماز خواندن بیمار تداخلی نکند.

3 - هر نماز کمتر از 15 دقیقه وقت می‌گیرد اما فراهم کردن زمان و مکان خلوت بسیار مهم است. برای مثال گذاشتن یک یادداشت روی درب برای درخواست خلوت در طی زمان نماز اجازه می‌دهد که بیماران عبادات خود را انجام دهند. به خاطر مراقبت معمول مزاحم بیمار در حال نماز نشوید.

4 - پرستار می‌تواند نیایش بیمار را به طریقی حمایت کند. حمایت می‌تواند با احترام گذاشتن به نیاز برای زمان آرام و خلوت باشد. پرستار همچنین می‌تواند به بیمار کمک کند که وضو بگیرد. یا برای او قرآن یا دعا بخواند و یا از تمیز بودن لباس یا محل نماز خواندن بیمار مطمئن شود.

5 - فراهم نمودن امکانات لازم برای عبادت بیمار مانند مهر، سنگ تیمم، تسبیح، قرآن و مفاتیح، زیر انداز تمیز، جهت نمای قبله و پخش اذان علاوه بر این که باعث تسهیل عبادت بیمار می‌شود منجر به این احساس بیمار می‌شود که به نیاز عبادتی او پاسخ داده می‌شود و احساس آرامش را به دنبال دارد. همچنین بهتر است نمازخانه‌ای برای بیمار در نظر گرفته شود. اتاق باید ساکت، تمیز و مفروش باشد.

6 - طهارت بسیار مهم است اما کسی که کله‌تومی دارد برای مثال نیاز دارد که بداند حتی اگر کیسه کله‌تومی پر باشد مشکلی در طهارت او ایجاد نخواهد کرد. این امر نیازمند این است که فتوای مجتهد به او داده شود.

7 - در سطح کلان توصیه می‌شود طراحی بخش‌های بیمارستان طوری باشد که امکان انجام وضو بدون آلودگی و نماز خواندن مهیا باشد تا بیماران با آرامش خاطر این عبادت خود را به جا آورند به خصوص که اکثر بیماران دچار نوعی آرمان‌گرایی بوده و در صورت عدم اطمینان از طهارت خود این وظیفه را به بعد موکول می‌کنند.

تجربیات زنده بیماران شرکت کننده در این تحقیق که قویاً بیان کننده نیاز آن‌ها به اقامه نماز در بیمارستان بود امید است که با به کارگیری پیشنهادات ارائه شده شاهد برگزاری هر چه با شکوه‌تر نماز در بیمارستان‌ها باشیم زیرا که نخستین ثمره حکومت صالحان برپایی نماز است.

تشکر و قدرانی

در انتها از بیماران شرکت کننده در این مطالعه که دید واقعی در مورد موضوع تحقیق به ما دادند و نیز از زحمات مسئولین و دست‌اندرکاران بیمارستان‌ها و دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و اصفهان که ما را در انجام این تحقیق صمیمانه یاری دادند مراتب تشکر خود را اعلام می‌داریم.

8 - با توجه به این که حال عمومی بیمار به خصوص درد در اقامه نماز بسیار تأثیر دارد و خیلی از بیماران گرفتار نوعی ترس هستند که مبادا نماز خواندن ضرری برای بیماری جسمی آن‌ها داشته باشد مراقبت جسمی کافی و کنترل مؤثر درد و اطمینان دادن از عدم ضرر جسمی کمک زیادی در به جا آوردن نماز خواهد بود.

9 - با توجه به تأثیر نماز در احساس آرامش کارکنان سلامتی می‌توانند نماز را به عنوان ابزاری برای بهبود وضعیت روحی بیماران و ایجاد احساس راحتی به کار گیرند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت نماز در دین اسلام و فرهنگ ایرانی و تحقیقات وسیع که نشان‌دهنده تأثیر مثبت این فریضه در سلامتی جسمی و روحی بیمار می‌باشند و نیز

منابع

- 1 - Swarbrick P, Burkhardt A. Spiritual health: Implications for the occupational therapy process. *Mental Health Special Interest Section Quarterly*. 2000; 23: 1-3.
- 2 - Ameling A. Prayer: An ancient healing practice becomes new again. *Holistic Nursing Practice*. 2000; 14: 40-48.
- 3 - Carmody DL, Carmody JT. *Prayer in world religions*. Maryknoll, NY: Orbis Books, 1990.
- 4 - Yamey G, Greenwood R. Religious views of the 'medical' rehabilitation model: A pilot qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26: 455-462.
- 5 - Schoenberger NE, Matheis MA, Shiflett SC, Cotter AC. Opinions and practices of medical rehabilitation professionals regarding prayer and meditation. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2002; 8: 9-69.
- 6 - Koenig HG. *Spirituality in patient care*. Radnor PA: empleton Foundation Press. 2002.
- 7 - Rossiter-Thornton JF. Prayer in psychotherapy. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2000; 6: 125-128.
- 8 - Taylor EJ. Prayer's clinical issues and implications. *Holistic Nursing Practice*. 2003; 17: 179-188.
- 9 - Magaletta PR, Brawer PA. Prayer in psychotherapy: A model for its use, ethical considerations, and guidelines for practice. *Journal of Psychology and Theology*. 1998; 26: 322-330.
- 10 - Taylor E, Mitchell JE, Kenan S, Tacker R. Attitudes of occupational therapists toward spirituality in practice. *American Journal of Occupational Therapy*. 2000; 54: 421-426.
- 11 - Puchalski C, Romer A. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000; 3(1): 129-137.
- 12 - Rosenfeld MS. Spiritual agent modalities for occupational therapy practice. *OT Practice*. 2000; 5: 16-21.
- 13 - Adib-Hajbaghery M. Effects of prayer on mental health. *Teb Va Tazkieh J*. 2000; 39:101-5.
- 14 - Dossey L. *Prayer is good medicine*. San Francisco: Harper, 1996.
- 15 - O'Laoire S. An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Altern Ther Health Med*. 1997; 3:38-42, 44-53.
- 16 - Saudia TL, Kinney MR, Brown KC, Young-Ward L. Health locus of control and helpfulness of prayer. *Heart Lung*. 1991; 20:60-65.
- 17 - Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Intern Med* 1999; 159:2273-8.

- 18 - King, DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *Journal of Family Practice*. 1994; 39: 349-352.
- 19 - Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998; 13:23-224.
- 20 - Hawley G, Irurita V. Seeking comfort through prayer. *Int J Nurs Pract*. 1998; 4: 9-18.
- 21 - Lewis PJ. A review of prayer within the role of the holistic nurse. *J Holist Nurs*. 1996; 14: 308-335.
- 22 - Koenig HG, McCollough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2001.
- 23 - Levin J, Larson D, Puchalski C. Religion and spirituality in medicine: Research and education. *Journal of the American medical Association*. 1997; 278: 792-793.
- 24 - McCullough ME. Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology*. 1995; 23: 15-29.
- 25 - Unruh A, Versnel J, Kerr N. Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2002; 69: 5-19.
- 26 - Levin JS, Taylor EJ, Chatters LM. "A Multidimensional Measure of Religious Involvement for African Americans". *Sociological Quarterly*. 1995; 36: 157-173.
- 27 - Waldfogel S. Spirituality in medicine. *Complementary and Alternative Therapy in Primary Care*. 1997; 24: 963-975.
- 28 - Taylor EJ. *Spiritual Care: Nursing Theory, Research, and Practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001.
- 29 - Meisenhelder JB, Chandler EN. Prayer and health outcomes in church members. *Altern Ther Health Med*. 2000; 6:56-60.
- 30 - Najafi M, Jafari A, Raei M. *The principle of prayer for patients*. Kancash publisher. Isfahan. 2003.
- 31 - Abedi HA, Asgari M, Kazemi Z, Saffarifar F. religious Care in hospitalized patients and its Barriers. *Teb VA Tazkieh J*. 2005; 4.
- 32 - Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; 1: Art No: CD000368. DOI:10.1002/14651858.CD000368.pub2.
- 33 - Cohen CB, Wheeler SE, Scott DA, Edwards BS, Lusk P, & the Anglican Working Group in Bioethics. Prayer as therapy: A challenge to both religious belief and professional ethics. *Hastings Center Report*. 2000; 30: 40-47.
- 34 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 35 - Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*. 1981; 29: 75-92.
- 36 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105-112.
- 37 - Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15 1565-1573.
- 38 - Cioffi, J. Caring for women from culturally diverse backgrounds: Midwives' experiences. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2004; 49:437-442.
- 39 - Heidari H, Amini MH. *Nasr's Book of "the soufies: yesterday till today"*. Ghasidesara publisher. Tehran. 2003.
- 40 - Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford; 1997.
- 41 - Benson H. The faith factor. *Am Health* 1984; 5:50-3.
- 42 - McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*. 1998; 16:29-40.
- 43 - Young C, Koopsen C. *Spirituality, health and healing*. California: slack incorporated 2005.
- 44 - Taylor EJ, Hopkins Outlaw F. Use of prayer among persons with cancer. *Holistic Nurs Pract* 2002; 16(3):46-60.

Patients' experience of prayer in hospital**Karimollahi M¹ (Ph.D), Abedi HA² (Ph.D)**

Background: Prayer is a “spiritual practice which establishes communication with a higher being and is the simple act of turning our mind and our heart to the sacred. It is an act central to the practice of most major world religions, including Christianity, Judaism, Islam, Buddhism, etc. There is many published literature about religion, spirituality and healing. Although the relationship between prayer and health well established, researchers have much to learn. We still do not know about the prayer and difficulties people have in saying their prayers in hospital. The present study was conducted to explore patients' experiences of prayer in hospitals.

Method: Using qualitative method (content analysis), semi-structured interviews were conducted with a purposeful sample of 33 patients drawn from hospitals affiliated to Ardabil University of Medical Sciences. The recorded interviews were transcribed verbatim. For data reduction, labeling Patients' experience of prayer in hospital and finding analytical codes, content analysis method were used.

Results: Following categories were identified in data analysis: barriers of saying prayer, facilities required for saying prayer, adjustment, outcomes of saying prayer in hospital and facilitating factors for prayer.

Conclusion: Findings revealed that patients have problem in saying prayer as their main spiritual need, in hospitals. They unfortunately, do not receive any help in this regard. The study provides some recommendations for promoting the quality and quantity of saying prayer in hospital.

Key words: Prayer, Worship, Patient, Hospitalized, Hospital

¹ - **Corresponding author:** Assistant Professor, Faculty member, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran **E-mail:** karimollahi@gmail.com

² - Associate professor, Faculty member, Islamic Azad University of Medical Sciences, Khorasghan, Iran